

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1913

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par **Pierre COLLIGNON**

Ancien interne des Hôpitaux de Reims
Ancien prosecteur à l'École de Médecine de Reims

A PROPOS

DE

QUELQUES CAS DE CANCER DU SEIN
CHEZ L'HOMME

(ETUDE CLINIQUE ET PRONOSTIQUE)

Président : M. RECLUS, professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23. PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1913

339

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552221_0042

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1913

THÈSE

N.° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par **Pierre COLLIGNON**

Ancien interne des Hôpitaux de Reims

Ancien professeur à l'École de Médecine de Reims

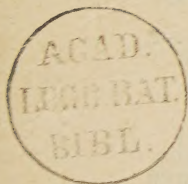
A PROPOS

DE

QUELQUES CAS DE CANCER DU SEIN
CHEZ L'HOMME

(ETUDE CLINIQUE ET PRONOSTIQUE)

Président : M. RECLUS, professeur.



PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL.
Pathologie chirurgicale.	TEISSIER.
Anatomie pathologique.	LEJARS.
Histologie.	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	MARFAN.
Médecine légale.	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée	LETULLE.
	ROGER.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	HUTINEL.
Clinique médicale.	
Maladies des enfants.	GILBERT BALLET
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEJERINE.
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE DELBET.
	QUENU.
Clinique chirurgicale.	RECLUS.
	N....
Clinique ophtalmologique	DE LAPPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
	BAR.
	PINARD.
Clinique d'accouchements.	RIBEMONT-DES-SAIGNES.
	POZZI.
Clinique gynécologique.	KIRMISSON.
Clinique chirurgicale infantile	A. ROBIN.
Clinique thérapeutique	

Agrégés en exercice.

MM.			
BALTHAZARD	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BERNARD	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GREGOIRE	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GUENIOT	LOEPER	RICHAUD
BROCA (ANDRÉ)	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	LABBÉ (MARCEL)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVAS-	NOBÉCOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	TINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LEGÈNE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE TRÈS CHÈRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*Faible témoignage de ma profonde reconnaissance et
de mon amour filial.*

A mon beau-frère le Docteur L. MULLER

Ancien interne des hôpitaux

A MA SŒUR

A MON FRÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE

Monsieur le Docteur L. BRUANDET

Ancien interne des hôpitaux de Paris
Professeur d'anatomie à l'École de Médecine de Reims

*Victime du devoir professionnel dont nous avons eu le
très grand honneur d'être le prosecteur et dont
l'extrême bienveillance a été pour nous un pre-
cieux encouragement au cours de nos études.*

A MES MAÎTRES DE L'INTERNAT DE REIMS

Médecine

A Monsieur le Docteur COLLEVILLE

Professeur de Clinique médicale
Médecin des hôpitaux

A Monsieur le Docteur H. HOEL

Directeur du bureau d'hygiène
Médecin des hôpitaux

A Monsieur le Docteur JACQUINET

Professeur de Pathologie interne
Médecin des hôpitaux

A Monsieur le Docteur E. LUTON

Chef des travaux anatomiques
Médecin des hôpitaux

Obstétrique

A Monsieur le Docteur de BOVIS

Professeur de Gynécologie et d'Obstétrique
Chirurgien adjoint des hôpitaux

Chirurgie

A Monsieur le Docteur O. GUELLIOT

Chirurgien des hôpitaux

A Monsieur le Docteur A. POZZI

Professeur de clinique chirurgicale

A Monsieur le Docteur H. LARDENNOIS

Professeur suppléant à l'École de Médecine

Chirurgien des hôpitaux

A Monsieur le Professeur P. BAR

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Médecine
de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

Hommage de profond respect et de sincère reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Paul RECLUS

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

Membre de l'Académie de Médecine

*Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la prési-
dence de notre thèse.*

A PROPOS
DE
QUELQUES CAS DE CANCER DU SEIN
CHEZ L'HOMME

INTRODUCTION

A la naissance, la glande mammaire de l'homme ressemble de tous points à celle de la femme ; la sécrétion lactée, d'un lait véritable, existe aussi bien chez le petit garçon nouveau-né que chez la petite fille. Mais elle restera désormais stationnaire. Ce n'est qu'au moment de la puberté qu'elle subira une légère secousse, et l'on connaît l'engorgement douloureux qu'éprouvent fréquemment les adolescents. Ce sera tout, et, la puberté acquise, l'état rudimentaire va définitivement prévaloir ; il prévaudra malgré la persistance de l'organe en tant que glande, c'est-à-dire organe composé d'acini ouverts dans leurs conduits excréteurs.

N'est-il pas naturel de penser que cet organe puisse présenter les mêmes troubles que les autres glandes ? C'est

ce qui a lieu en effet ; ces maladies existent et elles se présentent avec la même variété ; mais ce ne sont plus que des accidents rares, eu égard à leur extrême fréquence chez la femme. Le peu de développement d'une part et de l'autre le manque de toutes les incitations individuelles que subit la glande mammaire de la femme expliquent ces particularités.

Or, chez l'homme, il est surtout une maladie qui ne frappe que bien rarement cette glande : c'est le cancer.

Ayant eu la bonne fortune d'en observer quelques cas au cours de notre internat dans les hôpitaux de Reims, nous avons eu l'idée de ce travail.

Sans doute, depuis le jour où Ledran a le premier en 1778 dans un « mémoire général sur le cancer » consacré quelques lignes à cette affection chez l'homme, de nombreux auteurs français et étrangers en ont observé un certain nombre de cas qu'ils ont publié.

Notre but est, à l'aide de ces documents antérieurs auxquels nous ajoutons quelques observations nouvelles, d'essayer de tracer l'histoire clinique du cancer du sein chez l'homme, de préciser les étapes de son évolution, de faciliter son diagnostic et, ce qui préoccupe avant tout le chirurgien, de fixer un pronostic.

Mais avant d'entreprendre ce travail, il nous reste un devoir bien agréable à remplir envers nos maîtres. Nous n'oublions pas que nous leur sommes redevable de nos connaissances professionnelles et nous tenons à leur en témoigner ici notre profonde reconnaissance.

Nous adressons particulièrement les plus vifs remerciements et l'expression de notre gratitude à M. le

D^r Guelliot chirurgien des hôpitaux, qui tout en nous inspirant le sujet de notre thèse nous a permis de profiter des leçons de son expérience et des documents si précieux recueillis dans son service.

Nous associons à ces remerciements notre collègue et ami Hermann préparateur au laboratoire d'histologie et de bactériologie de l'École de Médecine qui a bien voulu pratiquer les examens microscopiques de nos pièces. Sa compétence nous en a fait un auxiliaire précieux et c'est de la meilleure grâce qu'il s'est mis à notre disposition.

Nous avons aussi des obligations envers M. le D^r Kerdirdjy, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris, qui a bien voulu nous aider de ses conseils et nous permettre de publier dans cette thèse une observation inédite. Nous lui en exprimons notre reconnaissance.

Nous n'oublions pas notre ami le D^r L. Fandre qui nous a fait entreprendre nos études médicales et nous a toujours témoigné l'amitié la plus dévouée.

Enfin nous exprimons à M. le Professeur Reclus notre respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

ANATOMIE

Nous ne croyons pas superflu avant d'entrer dans notre sujet de préciser ce que l'on doit comprendre sous le nom de « sein chez l'homme ».

Le mot sein (sinus-golfe) ne s'applique rigoureusement qu'à l'espace laissé libre entre les deux mamelles ; l'usage lui a attribué une autre signification et l'on désigne ainsi la région où se trouve la glande mammaire.

Chez la femme, excepté à la partie supérieure où la peau se continue sans ligne de démarcation avec la région sous-claviculaire, il existe toujours à la partie inférieure et sur les parties latérales un léger sillon permettant de circonscrire ce que l'on entend par sein.

Chez l'homme, il n'en est plus ainsi, quelques-uns présentent comme la femme une partie saillante, légèrement globuleuse, produite soit par de la graisse soit par le bord inférieur du grand pectoral qui dessine bien le sein ; mais chez les sujets maigres, peu musclés, la peau semble collée sur les côtes ; on ne trouve pas la

plus légère proéminence, le sein se réduit à l'aréole plus ou moins noirâtre, avec un point central, quelquefois même déprimé, qui représente le mamelon.

Cependant, lorsqu'on saisit cette portion de peau, on reconnaît facilement qu'elle est plus dure et plus épaisse que la peau des régions voisines ; c'est qu'au-dessous de cette aréole se trouve la glande mammaire à l'état rudimentaire.

On rencontre souvent de petites femmes ayant des seins disproportionnés avec leur taille ou réciproquement de grandes femmes ayant à peine des seins, mais ce sont des exceptions. Chez la femme bien faite, non déformée par la lactation il y a une relation entre la stature du sujet et le volume du sein.

Il n'en est pas de même chez l'homme ; ainsi, même chez un individu qui ne présente pas la moindre saillie mammaire pouvons-nous comprendre sous le nom de sein un espace circulaire de trois centimètres et demi de rayon ayant le mamelon pour centre. Le volume des deux seins n'est pas toujours égal et d'autre part l'on signale de nombreux cas d'hypertrophie des deux seins (gynécomastie). Certains auteurs ont fait de cette hypertrophie une prédisposition au néoplasme, mais nous verrons au cours de ce travail que des examens histologiques viennent contredire cette opinion.

Il ne s'agissait alors en effet que d'hypertrophie graisseuse ; mais l'hypertrophie glandulaire avec sécrétion lactée a été constatée dans un certain nombre de cas. Murat et Patissier, dans leur article « Mamelles » du dictionnaire en 60 volumes, rapportent l'histoire d'un marin

qui, ayant perdu sa femme et se trouvant en pleine mer avec son enfant encore à la mamelle, cherchait à le tranquilliser en lui présentant le sein : au bout de trois ou quatre jours il vit ses mamelles se gonfler et sécréter du lait. Humbold, dans son voyage au nouveau continent, a rencontré un laboureur dont les mamelles, dans des circonstances à peu près semblables, se mirent à sécréter du lait. Cet homme avait un enfant qui était nourri par sa femme. Celle-ci étant tombée malade et ayant dû interrompre l'allaitement, il prit lui-même l'enfant et lui donna le sein. Peu à peu ses mamelles augmentèrent de volume et sécrétèrent du lait en quantité suffisante pour lui permettre de nourrir pendant cinq mois.

La présence des mamelles rudimentaires chez le mâle est un fait constant dans la série des mammifères. Il nous paraît rationnel d'admettre, avec Darwin, que c'est là un fait d'atavisme et que primitivement les deux sexes, le mâle comme la femelle, ont pris part à l'allaitement des nouveau-nés. On a pensé que c'était à la suite d'une diminution dans le nombre des petits que les mâles avaient cessé d'aider les femelles dans l'allaitement. Une pareille explication est toute hypothétique sans doute ; mais elle n'est pas irrationnelle et mérite d'être signalée.

HISTORIQUE

Il semble que c'est à Ledran en 1778 que nous devons la première mention sur le cancer de sein chez l'homme. Il ne paraît d'ailleurs pas y attacher grande importance car il y consacre seulement quelques lignes dans son *Mémoire général sur le cancer*. « On voit peu d'hommes, dit-il, avoir des cancers à la mamelle mais on voit beaucoup de femmes atteintes de cette maladie. »

Morgagni constate sa rareté et en cite 2 cas.

Tranchon, en 1840, dans une statistique faite à Paris établit que sur 9.118 décès dus au cancer, 5 cas seulement se rattachent au sein de l'homme.

Velpeau dans son traité des *Tumeurs du sein* consacre un chapitre à l'étude de cette affection chez l'homme et l'assimile au cancer de la femme. Il en rapporte 10 cas, mais leur authenticité semble douteuse, d'ailleurs lui-même le reconnaît.

Nélaton dans sa thèse d'agrégation en 1839 sur les *Tumeurs du sein* rapporte que Duval opéra un officier pour cancer du sein, qu'il y eut deux fois récidive dans la cicatrice mais que le malade fut définitivement guéri par la troisième intervention.

Lisfranc en 1842 présente à l'Académie de médecine un cancer du sein qu'il a enlevé à un homme de 45 ans. (Cliniques de la Pitié).

Milton en 1857 constate sa grande fréquence en Angleterre et son absence presque totale en Allemagne.

Vidal de Cassis rapporte dans son *Traité de Pathologie Externe* 1860, qu'il eut à enlever un squirrhe chez l'homme alors qu'il remplaçait Velpeau à la Charité.

Dans un relevé de l'hôpital du Cancer, en 1869 (*The Lancet*) il est rapporté que sur 18 cas de cancer chez l'homme, 2 concernaient le sein.

Nous arrivons enfin à la thèse d'agrégation d'Horteloup en 1872, sur les « Tumeurs du sein chez l'homme ». C'est le premier travail d'ensemble sur ce sujet. Il a pu réunir 196 cas tant en France qu'à l'étranger ; mais ne présente que 16 observations complètes dont 4 seulement sont accompagnées de l'examen histologique.

Chenet dans sa thèse de Paris (1876) inspirée par Verneuil publie 7 cas nouveaux.

Landry (thèse de Paris 1883) publie une observation inédite et la même année Poirier présente sa thèse sur ce sujet. Des 100 cas qui y sont décrits, 5 lui viennent d'Allemagne, 60 d'Angleterre et le reste de la France. Cet ouvrage marque une date par les examens histologiques qui accompagnent la majeure partie de ces observations.

Dès lors les recherches se multiplient, il semble en même temps que l'on attache plus d'importance à l'examen histologique et les publications devenant plus nombreuses, on s'aperçoit que sans être fréquent le cancer

du sein chez l'homme est pourtant moins rare qu'on ne l'avait cru au début.

Nous avons successivement retrouvé : un mémoire d'Imbert dans la *Gazette hebdomadaire de Montpellier* (14 novembre 1891). Il y relate 2 observations personnelles.

La thèse de Delacour soutenue à Paris en 1894. Il y a réuni un certain nombre d'observations anglaises qui n'avaient pas encore été publiées en France et quatre nouvelles inédites.

Une étude de Sengesse à propos d'un squirrhe du sein droit (*Annales de la polyclinique de Bordeaux*, mai 1896).

Une observation de Tesnet sur un épithéliome tubulé (Société anatomique de Paris, 1^{er} mai 1865).

Les thèses de Laforgue 1897, de Pigot 1898, de Guigan 1903, de Jeanny en 1905, de Flurian 1909.

Nous n'avons pas retrouvé depuis cette date de travail d'ensemble, mais seulement quelques cas isolés dans des périodiques.

A l'étranger, de nombreux auteurs s'en sont occupés :

Schultesse sur 100 cas de cancer du sein trouve le rapport de 1,39 pour l'homme à 98,60 chez la femme.

Roger Williams d'après une statistique établie sur de nombreux cas déclare que 15% de la totalité des néoplasmes dérivent de la mamelle et que sur ceux-ci 1 % seulement se rencontre chez l'homme en y comprenant les tumeurs bénignes.

Hery dans sa thèse (Breslau 1879) sur un total de

196 cancers (du sein l'a trouvé seulement 4 fois chez l'homme), ce qui fait une moyenne de 2 %.

Guido Von Torok assistant de Billroth donne seulement 0,8 % chez l'homme car sur 366 cancers du sein 3 seulement se trouvaient chez l'homme.

En 1889 Schuchardt après de longues recherches adopte le chiffre de 2 % par rapport à la femme.

Diverses thèses allemandes de Strassmann 1885, de Merz 1889, de Friedrich 1893 et de Fiedler 1896, varient de 2 à 4 %.

Cette rareté plus grande du cancer du sein chez l'homme a naturellement soulevé de nombreuses explications. Deux surtout nous semblent dignes de retenir notre attention. Celle de Gillette qui l'attribue à la moindre importance anatomique et physiologique du sein chez l'homme et celle de Pigot qui voit dans ce fait la plus grande rareté des affections chroniques ou aiguës de cette région.

La première ferait obéir le sein de l'homme à cette loi de pathologie générale qui veut que tous les tissus à structure imparfaitement développés n'aient que peu de tendance à être envahis par le processus cancéreux. La seconde est un fait d'observation clinique journalière. Les mastites aiguës ou chroniques sont en effet chose plus rare chez l'homme, la lactation et les accidents qui l'accompagnent étant autant d'influences auxquelles il n'est pas soumis, car, chez lui, la glande mammaire reste à l'état rudimentaire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La glande mammaire de l'homme comme chez les femmes nous présente au point de vue histologique deux sortes de tissus : Tissu conjonctif d'une part, tissu glandulaire d'autre part. Chacun de ces tissus reconnaît comme élément fondamental une cellule : cellule épithéliale pour l'élément noble, cellule conjonctive pour le squelette de la glande.

Des réactions morbides peuvent se produire aux dépens de l'un ou l'autre de ces tissus sous le fait de causes plus ou moins déterminées. C'est ainsi que nous voyons se produire :

1° Aux dépens du tissu conjonctif des tumeurs ordinairement bénignes représentées par les fibromes.

2° Aux dépens des éléments glandulaires des tumeurs à évolution maligne : les épithéliomas.

Dans sa classification, Strassmann comprenait de plus les tumeurs qui avaient leur origine dans la peau et pénétraient la glande. Mais ces cancroïdes étant à notre avis plutôt des cancers de la région mammaire que des cancers du sein, ne seront pas compris dans notre sujet.

A n'envisager que les tumeurs dont le point de départ est la cellule glandulaire même ou son tissu de soutien, nous trouvons que le cancer du sein chez l'homme se présente sous trois types principaux : l'épithélioma, le carcinome et le sarcome.

Nous n'avons rien de particulier à signaler sur leurs caractères qui sont de tous points semblables à ceux de ces tumeurs chez la femme mais nous noterons surtout la fréquence relative de certaines formes chez l'homme.

Vital de Cassis dans son *Traité de pathologie externe* paru en 1860 fait déjà remarquer que « le cancer du sein chez l'homme se développe le plus souvent sous la forme de squirrhe » Les examens histologiques pratiqués d'une façon systématique en ces derniers temps surtout ont confirmé que dans la majorité des cas l'on se trouve en présence de cancers fibreux à évolution lente, ce qui est la marque des formes relativement bénignes.

Cependant les tissus de la même série semblent pouvoir passer de la forme bénigne à la forme maligne avec la plus grande facilité, suivant que les conditions du milieu se transforment et suivant que le tissu néoformé se trouve exposé ou non à des violences extérieures traumatiques ou infectieuses. En général cette transformation maligne se manifeste cliniquement par une augmentation plus rapide du volume de la tumeur ; mais il arrive parfois que l'on constate le phénomène inverse d'une grosse tumeur semblant entrer dans une phase de régression. Il s'agit dans ces cas de

la rupture de kystes plus ou moins nombreux encerclant la tumeur et dont le liquide épanché dans les tissus voisins fut rapidement résorbé.

Parmi toutes les variétés histologiques des tumeurs, c'est le carcinome qui se rencontre le plus souvent chez l'homme, vient ensuite l'épithélioma et enfin le sarcome.

Carcinome. — Gillette a observé 8 cas de tumeurs du sein chez l'homme à structure carcinomateuse. Sur 4 observations personnelles, Delacour a reconnu 2 fois le sarcome. Pigot, sur 34 cas, la noté 25 fois et il ajoute que la majeure partie de ces tumeurs étaient des squirrhes. Pourteau sur 2 observations inédites signale un carcinome tout à fait typique. Nous même en rapportons 2 cas (observations 2 et 3).

Le carcinome se présente au début comme une nodosité dure dont les limites sont nettes sur une section mais qui est partout intimement adhérente au tissu au sein duquel elle a pris naissance. Mais cette exacte circonscription n'est qu'apparente et la prolifération néoplasique réelle dépasse toujours de beaucoup les limites apparentes de la tumeur. De bonne heure, les ganglions lymphatiques de l'aisselle se tuméfient, durcissent et se transforment en tumeurs secondaires. Les vaisseaux lymphatiques intermédiaires peuvent devenir quelquefois apparents sous forme de cordons blancs et durs.

A la coupe, le tissu est dur, blanchâtre, d'aspect fibreux mais humide et le couteau ramène de la surface un suc lactescent composé en majorité de cellules cancéreuses.

L'examen microscopique de ces tumeurs révèle que ce tissu est formé d'un stroma fibreux délimitant des cavités remplies par des cellules cancéreuses avec de gros noyaux et de forme polyédrique massive.

Des variétés anatomiques sont à distinguer selon la proportion variable des éléments cellulaires et des parties fibreuses et selon l'existence d'altérations régressives des cellules néoplasiques. C'est ainsi que l'on trouve parfois le carcinome encéphaloïde caractérisé par des amas cellulaires très volumineux contenus dans une trame conjonctive peu développée. Dans le squirrhe, au contraire, les amas de cellules néoplasiques sont relativement peu abondants ; la réaction conjonctive étouffe la prolifération épithéliale.

L'épithélioma est ensuite la tumeur la plus fréquente. Quel que soit l'aspect du début, la lésion aboutit de très bonne heure à une ulcération. Cette ulcération, plus ou moins profonde, repose constamment sur un tissu dur ; ses bords taillés à pic ou éversés se relèvent en un bourrelet saillant. Le fond de l'ulcération est tantôt lisse, peu suppurant, masqué par une croûte adhérente, tantôt au contraire, il est anfractueux, formé de bourgeons exubérants, et secrète en abondance une sérosité purulente d'odeur fétide.

Il est dans l'évolution naturelle de l'affection de s'accompagner d'adénopathie plus ou moins précoce.

Si l'on fait une section totale de la tumeur, on passe par des transitions insensibles du tissu de la tumeur au tissu sain ; les limites de la zone néoplasique ne sont pas nettes. Les caractères histologiques de ces

tumeurs sont de tous points semblables à ceux que l'on rencontre chez la femme.

Le sarcome semble beaucoup plus rare. Il a chez l'homme ses caractères habituels. Sa malignité est variable suivant qu'il appartient à un type se rapprochant plus ou moins du type embryonnaire ; il est en général plus bénin. Ordinairement il s'agit d'adénosarcome (notre observation n° I), caractérisé par une hypertrophie parallèle du tissu conjonctif et de l'élément glandulaire. Les cellules sarcomateuses sont tantôt globulaires, tantôt fusiformes.

Le tissu pathologique d'un blanc grisâtre, tantôt ferme, tantôt humide à la coupe, est souvent creusé de cavités où se font des hémorragies, de points ramollis au niveau desquels les cellules ont subi la dégénérescence graisseuse.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Avant de décrire les diverses manifestations cliniques que présente dans la majorité des cas le cancer du sein chez l'homme, nous voulons essayer d'établir si cette affection ne présente pas une prédilection marquée pour l'un des deux seins ; s'il n'est pas un âge où elle se rencontre plus fréquemment et si l'on ne peut parmi les différents facteurs étiologiques qui ont été invoqués, reconnaître une part prépondérante à l'un d'eux.

Il est bien difficile de formuler une opinion précise sur ces points et l'accord n'est pas fait entre les auteurs qui s'y sont intéressés.

Sein le plus souvent atteint. — Si nous nous reportons aux travaux qui ont été publiés avant nous, nous établissons que Horteloup le signale 17 fois à gauche et 13 fois à droite. D'après Poirier, 23 fois le sein gauche fut atteint, 13 fois le droit et une fois les deux.

Williams l'a constaté 38 fois à droite, 33 fois à gauche et dans 4 cas les deux seins furent enlevés.

Imbert note une prédilection assez marquée pour le

sein droit car il a pu réunir 64 cas pour ce côté et 48 seulement pour le sein opposé.

Des observations personnelles de Delacour, nous relevons qu'il est question 2 fois du sein gauche et 2 fois du sein droit.

Nous-même en rapportons un nombre égal de cas pour chacun des deux seins et de plus nous avons une observation d'adénosarcome double.

L'ensemble de ces statistiques nous donnent une inégalité de 13 cas seulement en faveur du sein droit ; nous ne croyons pas pouvoir conclure à une prédilection marquée pour le sein de ce côté, mais nous retiendrons la rareté des observations où les deux seins sont atteints simultanément.

Age. — Il est reconnu que la période du cancer du sein se prolonge plus loin chez l'homme que chez la femme. Tandis que chez celle-ci il se rencontre assez rarement après 55 ans, il n'est plus rare de le constater chez l'homme après 70 ans.

Laforgue, après avoir compulsé les statistiques de Poirier, de Friedler, Stnassmann et Bolhagen conclut que la fréquence du cancer paraît augmenter à mesure que l'individu avance en âge. Il note 2 cas après 80 ans, ce qui lui paraît une moyenne élevée vu le nombre restreint d'hommes qui arrivent à cet âge.

On le rencontre rarement avant la vingtième année, cependant le *Britisch Medical Journal* de 1897 relate une observation d'un chirurgien anglais Bloydett qui opéra un enfant de 12 ans ; nous-même en rapportons un cas double chez un jeune homme de 15 ans. Horte-

loup signale un cas à 25 ans et 3 cas après 70 ans.

Des 90 observations de Williams, nous relevons que le plus jeune sujet n'était âgé que de 20 ans et le plus âgé de 82 ans, l'âge moyen étant 50 ans.

Nous reproduisons ci-dessous le tableau de Delacour établi de cinq en cinq ans.

	Total des cas	De 20 à 25 ans	De 25 à 30	De 30 à 35	De 35 à 40	De 40 à 45	De 45 à 50	De 50 à 55	De 55 à 60	De 60 à 65	De 65 à 70	Au- des- sus	Age moyen	Le plus jeune âge	Le plus grand âge
Hommes	90	2	2	9	12	11	17	15	12	7	3	10	50	20	82
Femmes	500	0,6	4	6	14	16	20	15	10	9	32	2,2	48	22	84

Étiologie. — L'étiologie du cancer du sein chez l'homme se ressent de l'ignorance dans laquelle nous nous trouvons de celle du cancer en général.

Nous avons relevé les mêmes facteurs que chez la femme, mais nous aurons tendance à leur donner plus de valeur que chez elle puisque le sein de l'homme n'est pas exposé aux mastites aiguës ou chroniques dont la lactation est la cause et qui sont autant d'influences prédisposantes aux néoplasmes.

L'Hérédité est réputée jouer un certain rôle dans l'apparition des tumeurs cancéreuses et surtout dans la gravité de ces tumeurs et dans leurs risques de récidives. Poirier estime qu'elle se rencontre assez rarement dans le cancer du sein de l'homme. Trois fois seulement elle se trouve signalée sur les 100 cas réunis dans sa thèse ; mais il le reconnaît lui-même, les renseignements four-

nis sur les antécédents de ses malades étaient le plus souvent incomplets.

Laforge l'a notée avec soin dans une observation personnelle. Pigot rapporte que dans un cas, la sœur d'un de ses malades était morte d'un cancer et que dans un autre, deux cousines étaient mortes l'une d'un cancer du sein et l'autre d'un cancer au rectum. Nos malades ne présentaient rien de semblable. Depuis, les importants débats qui se sont déroulés en 1905 devant la Société de médecine de Berlin, un rapport sur les résultats de l'enquête instituée par le comité pour l'étude du cancer représente comme problématique cette hérédité. Elle reste cependant regardée par tous les cliniciens comme facteur de récurrence et de gravité.

La Gynécomastie. — Certains cas de gynécomastie accompagnée de cancer ont inspiré à certains auteurs une théorie étiologique qui ne manque pas d'intérêt. Le plus grand développement de la glande mammaire de la femme étant considéré comme le grand facteur étiologique de toutes les affections du sein et par elles des formations néoplasiques, il est tout naturel de penser que les gynécomastes se trouvent prédisposés à ces affections. De fait quelques cas dont l'authenticité ne paraît pas douteuse sont cités à l'appui de cette théorie.

Dans une observation de Berns (*Gazette hebdomadaire* de 1887) le sein cancéreux mesurait 16 centimètres de hauteur et 19 centimètres de largeur. Le sein non malade 17 centimètres $\times$ 14 centimètres et les deux réunis pesaient 2 kgrs 500. Il enleva à titre préventif le sein

indemne mais son malade eut cependant trois récidives dont la dernière lui fut fatale.

Pigot a publié quatre observations de gynécomastie coïncidant avec des cancers. Schusehardt dit de l'un de ses malades qu'il avait les seins « démesurément gros ». Mais des examens histologiques sont venus enlever à ces faits une partie de leur valeur. Ils ont en effet démontré que les seins gynécomastiques n'étaient composés que de graisse ; ils donneraient donc plutôt naissance à des lipômes qu'à des cancers à point de départ épithélial ou conjonctif. Nous ne rejeterons cependant pas cette hypothèse sans lui accorder quelque crédit. Les gros seins se trouvent plus comprimés par les vêtements ; or, étant plus comprimés, ils subissent plus que les autres les frottements et les menus traumatismes répétés et peuvent de ce fait ne dépendre que de l'influence irritative dont nous allons examiner la valeur.

Flux hémorroïdaire. — Certains malades présentant un flux hémorroïdaire périodique qui a disparu en même temps que le malade présentait à l'un des seins une tumeur hémorragipare, quelques auteurs et Ferrier en particulier ont assimilé ces pertes aux pertes menstruelles et ont déclaré que chez ces malades le sein devait être, comme chez la femme, le siège d'une sensibilité toute spéciale au néoplasme. Malheureusement, les observations de ce genre sont en trop petit nombre pour que l'on puisse en tirer une conclusion.

Traumatisme. — Nous avons été frappé au cours de nos recherches de la fréquence vraiment remarquable de traumatismes dans les antécédents des malades.

Tantôt, comme on le note le plus souvent chez la femme, le malade attribue sa tumeur à un choc aigu unique, tantôt au contraire il accuse de menues irritations répétées. Un malade de Chenet avait reçu successivement un coup de timon et un coup de corne de bœuf à la région mammaire. Poirier a présenté 8 cas analogues. Neuf des malades dont Strassmann a rapporté les observations avaient subi des chocs peu de temps avant de s'être aperçu de leur tumeur. Larrey rapporte le cas d'un soldat chez qui il vit survenir un cancer du sein à la suite des frottements répétés de ses vêtements et des courroies de cuir pendant la marche et l'exercice. Imbert cite un cas semblable à propos d'un chasseur dont la courroie de gibecière appuyait sur la montre. Il se développa un cancer au sein au niveau où la montre appuyait le plus ordinairement.

Il paraît donc logique de ne pas rejeter de prime abord l'influence du trauma sur l'apparition d'un cancer ; mais il ne faut pas oublier que la violence a fort bien pu n'être que le coup de fouet donné à une tumeur préexistante et ignorée du malade.

L'on s'était demandé si le traumatisme imputé donnait lieu à une forme histologique de tumeur particulière. Nous attirons l'attention sur ce fait troublant, que nous avons noté le sarcôme comme étant la forme la plus fréquente des tumeurs du sein chez l'homme, après le carcinôme : or en 1903, Geinatz étudiant 1906 tumeurs diverses, a vu le sarcôme rattaché à des circonstances traumatiques dans 20 % des cas. La statistique de Deihmann portant sur 231 sarcômes, note que 13 % ont eu

pour point de départ un traumatisme. Il paraît donc avéré que le traumatisme aigu figure assez souvent comme cause occasionnelle du sarcôme : ce qui a de l'importance pratique au point de vue de la responsabilité des accidents. Et, d'autre part, nul clinicien ne niera le rôle des irritations répétés dans l'apparition de certains carcinômes : cancers des fumeurs : cancroïdes des ramoneurs, des goudronneurs, des paraffineurs ; cancers se développant sur des lésions syphilitiques, sur des ulcères de jambe, sur des cautères ou des radiodermites. Le zona et l'eczéma du sein que nous retrouvons dans les antécédents de certains de nos malades ne peuvent-ils pas, au même titre, être considérés comme des lésions irritatives ayant eu une influence sur l'apparition du cancer ?

Parasitisme. — L'insuffisance de ces hypothèses, la comparaison clinique de l'évolution des tumeurs malignes avec les processus infectieux, ont sollicité dans la période contemporaine, un important mouvement de recherches vers l'origine parasitaire possible du cancer.

Comme pour toute maladie infectieuse, trois ordres de preuves sont ici nécessaires : 1° l'inoculation des produits néoplasiques ; 2° la détermination de l'agent pathogène ; 3° la reproduction de l'affection par cet agent isolé. Or il faut reconnaître qu'à l'heure actuelle cette triple démonstration n'a point encore été fournie.

Arthritisme. — On a voulu donner à l'arthritisme un rôle prépondérant dans la genèse du cancer ; sans vouloir lui donner un rôle générateur, nous remarquerons que nous trouvons souvent l'arthritisme dans les antécédents des malades.

SYMPTOMES. MARCHE. DURÉE

Le cancer du sein de l'homme présente avec celui de la femme des caractères communs ; c'est ainsi qu'il forme le plus souvent une tumeur mal limitée, adhérente au reste de la glande, envahit les tissus voisins, infecte les ganglions, récidive, se généralise. Cependant, il est possible, maintenant qu'il est mieux étudié, de lui décrire une physionomie clinique particulière.

Début. — Le mode de début est le même chez presque tous les malades dont nous avons pu lire les observations. C'est presque toujours par hasard que le malade a vu l'un de ses seins être le siège d'une légère tumeur indolente. Très rarement nous trouvons cité que le malade eut une *ulcération* comme début ; nous en avons retrouvé un seul cas dans Poirier et le malade qui fait l'objet de notre observation III nous a rapporté qu'il remarqua une petite plaie sur le côté externe du mamelon dès les premiers jours qui suivirent l'apparition de sa tumeur. Nous ne voulons pas être aussi affirmatif que lui car il est probable qu'il était porteur depuis quelque temps déjà de sa tumeur lorsqu'il s'en aperçut.

Dire que le malade doit au hasard la découverte de sa tumeur, c'est dire qu'elle est indolore.

La *douleur* n'apparaît en effet que tardivement ; ce sont plutôt des picotements très supportables qui donnent l'éveil au malade.

Tillaux cependant a rapporté que l'un de ses opérés souffrait de douleurs si vives que ce fut cet élément qui le décida à intervenir.

Assez souvent, un *écoulement* séreux par le mamelon est le premier signe révélateur de la maladie. Il peut devenir séro-purulent ou sanguinolent et même parfois franchement hémorragique.

Mais il est probable que cet écoulement roussâtre manque souvent dans les néoplasmes excentriques de la glande et s'observe surtout dans les épithéliomas intracanaliculaires.

Le *volume* de la tumeur est essentiellement variable ; on rencontre toutes les dimensions intermédiaires entre le volume d'un pois et celui d'une orange ; mais il est un fait certain, c'est qu'en règle générale on ne voit pas chez l'homme de tumeurs aussi développées que chez la femme.

Rapports de la tumeur. — On reconnaît dans les premiers temps l'existence d'une tumeur dure, élastique, irrégulière et bosselée, mobile sur la profondeur. La peau, sillonnée de grosses veines, est infiltrée par le cancer beaucoup plus précocement que chez la femme. Cela tient sans doute au peu de tissu cellulaire interposé entre la glande et la peau. L'ulcération ainsi for-

mée est parfois entourée de bourgeons framboisés saignants.

Dans un stade plus avancé, il n'est pas rare de rencontrer de nombreux nodules cancéreux criblant la peau de la région mammaire.

En même temps apparaissent des adhérences profondes. Pour s'en rendre compte, ordonner au malade de rapprocher le bras du tronc et lui tenir le coude écarté, luttant ainsi contre son effort. Le grand pectoral entre ainsi en contraction. Si la tumeur saisie à pleine main est alors immobilisée, c'est qu'elle a contracté des adhérences avec le plan musculaire profond.

La *rétraction du mamelon* serait rare si l'on en croit Horteloup qui ne l'a rencontrée que 3 fois. Poirier au contraire l'a signalée 14 fois. Cette rétraction du mamelon due aux tractus fibreux émanés du néoplasme est à son maximum dans une variété d'évolution lente où domine la néoformation conjonctive : le squirrhe.

L'*infection ganglionnaire* est très souvent signalée par les auteurs.

Poirier l'a rencontrée 35 fois sur les 100 cas réunis dans sa thèse : Stassmann, 5 fois sur 38 cas ; Bolhagen 8 fois sur 11 observations. Nous la relevons nous-même 3 fois dans les observations que nous publions. (Observations).

Mais, est-ce en raison de la différence qui existe entre le développement du système lymphatique de l'homme et celui de la femme, toujours est-il que l'adénopathie n'atteint jamais la même importance que chez celle-ci.

Ces ganglions siègent de préférence sous le bord in-

férieur du grand pectoral et dans le fond de l'aisselle : ils sont petits, durs, mobiles et parfois réunis à la tumeur par un cordon constitué par les vaisseaux lymphatiques indurés.

Il est exceptionnel d'en trouver de fort gros et c'est plutôt par curiosité que nous rappelons que Travers observa une adénopathie telle que le malade devait maintenir le bras en l'air à angle aigu.

Ils sont envahis de bonne heure et, alors même que cliniquement ils paraissent sains, le microscope révèle qu'ils sont infiltrés de cellules cancéreuses.

Dans les formes avancées, les ganglions sus-claviculaires sont aussi envahis mais si nous ne les retrouvons pas signalés plus souvent, c'est qu'ils ne sont pas toujours appréciables cliniquement.

Que devons-nous penser de ces ganglions ? leur présence est-elle inhérente à la tumeur ou au contraire seulement contemporaine de l'ulcération ? Nous devons reconnaître que dans un certain nombre de cas ils apparaissent en même temps que celle-ci ; mais en nous basant sur le seul travail d'Horteloup, nous pouvons affirmer qu'ils trouvent leur origine dans la tumeur car il rapporte 24 observations avec adénopathie sans ulcération.

L'état général du sujet reste bon beaucoup plus longtemps que chez la femme. Cela tient sans doute à la plus lente évolution du squirrhe qui est la forme la plus fréquente et à cette particularité anatomique de moindre vascularisation, d'où moindre courant de produits toxiques.

L'évolution de la tumeur peut être très lente, c'est ainsi que des malades en étaient porteurs depuis dix ans lorsqu'ils sont venus consulter ; cependant, il n'en n'est pas toujours ainsi, on observe parfois la marche dite en deux temps, c'est-à-dire qu'une tumeur stationnaire depuis plusieurs années prend en peu de temps un développement considérable. Poirier avait déjà attiré l'attention sur ce mode particulier d'évolution. Nous rapportons (observation II) l'histoire d'un malade atteint depuis cinq ans d'une tumeur de la grosseur d'une noisette, qui vit celle-ci passer en huit à neuf mois aux dimensions d'une grosse orange.

Cette augmentation brusque que l'on constate en clinique correspond bien avec les données de l'anatomie pathologique. Celle-ci nous apprend qu'elle coïncide avec la diffusion épithéliale dans les travées conjonctives, ou avec l'apparition de kystes encerclant la tumeur, le plus souvent un sarcome ; éléments bien différents comme gravité pronostique.

La terminaison, si elle est reculée à plus longue échéance que chez la femme, n'en n'est pas moins fatale. En dehors des métastases viscérales ou de la généralisation, la résorption des produits toxiques sécrétés par les cellules de la tumeur fait entrer le malade dans la période de « cachexie cancéreuse » à laquelle il succombe.

DIAGNOSTIC

Comme pour tous les cancers, l'intérêt du diagnostic précoce est primordial en vue d'une intervention chirurgicale bien réglée et possédant le maximum de chances de succès. Dans la pratique, ce diagnostic qui pourrait être facile dès le début de l'affection n'est généralement posé qu'à une période assez avancée de l'évolution de la néoplasie, la minime importance des symptômes fonctionnels n'incitant pas les malades à consulter. Williams a établi qu'en moyenne, ils ne consultent que rarement avant le trentième mois et que quelques-uns ont attendu jusque sept et huit ans. Le bistouri, dans ces conditions, a bien peu de chances d'enrayer la marche du cancer.

Nous allons passer rapidement en revue les principales affections thoraciques qui peuvent, chez l'homme, prêter à confusion avec le cancer du sein et indiquer les éléments cliniques essentiels qui permettent d'affirmer l'existence d'une tumeur maligne.

A la première période de l'évolution, alors que la tu-

meur n'est pas encore ulcérée, peut elle être confondue avec :

Les abcès froids costaux que l'on pourra facilement diagnostiquer par leur point de départ osseux, leur évolution torpide et quelquefois par leur forme. Il n'est pas rare en effet qu'ils revêtent une forme allongée dans le sens des côtes auxquelles ils adhèrent. Quand la tumeur est ramollie et que l'abcès est constitué, on perçoit une fluctuation plus ou moins nette au centre de la tumeur, dont un rebord induré, constitue le pourtour. Le diagnostic se trouve alors simplifié et une ponction exploratrice le précise.

Les mastites de la puberté donnent lieu à une tuméfaction légère du sein avec douleurs, bosselures de la glande et écoulement de sérosité par le mamelon ; mais l'évolution en est aiguë ou subaiguë et elles se résolvent rapidement.

Le kyste hydatique du sein est exceptionnel et l'examen du liquide retiré par ponction, fait reconnaître l'existence de scolex et de vésicules filles. En outre, on pourra recourir aux épreuves de laboratoire : recherche de l'éosinophilie et réaction de Weimberg et Parvu.

Les galactocèles et kystes dermoïdes rares déjà chez la femme n'ont pas encore été signalés chez l'homme.

Les gommes syphilitiques non ulcérées du sein ont un début analogue à celui du cancer. On peut invoquer en faveur de la gomme la persistance prolongée de la mobilité et surtout la recherche d'autres lésions spécifiques guéries ou en évolution et le traitement « pierre detouche ».

Yvaren rapporte dans les « métamorphoses de la syphilis » que Richet sur le point d'opérer une malade pour cancer du sein lui trouva par hasard une petite tumeur gommeuse au mollet. Il décide immédiatement de sursoir à l'opération et institue le traitement mercuriel qui fait disparaître la gomme du mollet et le soi-disant cancer du sein.

A l'heure actuelle, le chirurgien dispose d'un excellent moyen de diagnostic, la réaction de Wassermann. Toutefois, il est bon de faire remarquer que sa valeur n'est pas absolue car si elle indique que le malade a eu la syphilis, elle ne signifie pas obligatoirement que la lésion qu'il présente est de nature spécifique.

Les tumeurs bénignes du sein telles que fibromes, adénomes, sont moins fréquents chez l'homme que les tumeurs malignes. Billroth établissant la moyenne des cas observés à Berlin, Zurich et Vienne trouve 18 % de tumeurs bénignes et 83 % de tumeurs malignes. Elles surviennent avant 40 ans et ont un caractère commun avec le cancer, l'écoulement d'un liquide rosé par le mamelon.

Certains caractères cliniques tels que le faible volume et la mobilité de la tumeur, la lenteur de son évolution plaident en faveur de la bénignité, mais pas un de ces signes n'est pathognomonique. On ne devra donc pas oublier qu'elles peuvent évoluer vers la forme maligne et conseiller au malade de subir l'opération.

Le tuberculome du sein présente à l'examen une petite tumeur mal délimitée, indolente, dont le début remonte à trois ou quatre mois, qui s'accompagne parfois de ré-

traction du mamelon et dans les trois quarts des cas d'anénoopathie axillaire. Si l'adénoopathie a précédé la tumeur, la tuberculose est presque certaine (Forgue, *Précis de pathologie*, 4^e édition), mais si la tumeur mammaire et l'adénoopathie évoluent parallèlement ou que la première est antérieure, l'incertitude peut être grande tant que les foyers ne se ramollissent point. En faveur de la tuberculose, on peut invoquer les considérations suivantes : la tumeur mammaire tuberculeuse est d'une très grande rareté chez l'homme et il y a disproportion entre la tumeur et l'adénite ; tandis que dans le cancer on trouve quelques ganglions petits, durs, mobiles et isolés, dans la tuberculose il y a empâtement de tout le creux axillaire par périadénite et le ramollissement puis la suppuration sont précoces.

Delbet, pour le diagnostic de gomme tuberculeuse, attache une grande importance à la présence d'une traînée de lymphangite indurée réunissant la tumeur aux ganglions, mais nous avons vu qu'elle peut se rencontrer dans le cancer du sein de l'homme.

Maladie kystique. — Bien que n'ayant pas encore été rencontrée chez l'homme, nous croyons devoir signaler ici la maladie kystique du sein si magistralement décrite par M. le professeur Reclus. En effet, dans l'un des cas que nous rapportons (observation II) la tumeur principale était environnée d'un certain nombre de nodosités secondaires, arrondies, dures et roulant sous le doigt, rappelant le syndrome clinique de la maladie de Reclus.

En pareille occurrence, l'extrême lenteur de son évo-

lution, ses réductions successives de volume et surtout la ponction exploratrice assureront le diagnostic.

A la période ulcéreuse, le diagnostic s'impose dans la presque totalité des cas cependant la confusion peut être possible entre un cancer ulcéré et un *chancre syphilitique* du mamelon mal soigné et infecté secondairement. Après quelques pansements antiseptiques, il sera possible de diagnostiquer le chancre à l'induration en carte de visite limitée à son pourtour, à l'apparition presque simultanée d'une pleiade de ganglions, sa tendance spontanée à la guérison et à l'apparition d'accidents secondaires.

Les gommés syphilitiques ulcérées, sont arrondies, profondes, sanieuses, indolores et sans adénopathie bien marquée, du moins en général, et succèdent à la gomme spécifique dont nous avons décrit les caractères cliniques.

Les ulcérations tuberculeuses présentent des bords irréguliers, décollés ; elles sont plus larges que profondes, offrent parfois à leur surface des îlots cutanés qui ne seront détruits qu'ultérieurement et s'accompagnent d'une adénopathie plus diffuse que dans le cancer.

En résumé, ce qui fait la difficulté du diagnostic du cancer du sein chez l'homme, c'est son extrême rareté. En cas d'hésitation entre tumeur maligne et tumeur bénigne, il vaut mieux opérer. La tumeur fera l'objet d'un examen anatomo-pathologique qui, s'il révèle la malignité, dictera de suivre de près le malade afin d'intervenir à nouveau dès les premiers signes d'une récurrence possible.

Si l'on se trouve en présence d'une tumeur ulcérée, on pourra pratiquer un prélèvement biopsique qui, suivi d'un examen microscopique lèvera tous les doutes.

OBSERVATIONS

Première observation (Personnel. Inédite. Recueillie dans le service de notre maître le Dr Guelliot.)

Adénosarcome des deux seins

S. J..., 15 ans. Reims. Entre dans le service le 7 octobre 1911. Le malade ne peut préciser le début de son affection. Depuis deux mois environ, il ressentait des picottements dans les deux seins et principalement dans le sein droit.

Ces douleurs très légères se sont toujours fait ressentir par intermittences sous forme d'accès.

Il se décide enfin à consulter parce qu'il a remarqué dans les deux seins la présence de petits noyaux durs.

Nous constatons que les deux seins, surtout le droit, sont un peu plus volumineux que la normale. L'aspect de la peau est tout à fait normal et le mamelon n'est pas rétracté.

La main qui palpe reconnaît que la tumeur a son siège au centre même de la glande, qu'il est impossible de l'en isoler et qu'elle n'offre aucune adhérence avec les plans profonds ou superficiels.

La pression ne réveille aucune douleur plus vive et fait sourdre par le mamelon un liquide clair, séreux, peu abondant.

Nous ne constatons aucune adénopathie soit axillaire soit sous-claviculaire.

L'état général du malade est excellent et nous ne relevons rien de particulier dans ses antécédents.

L'opération est pratiquée par le Dr Roussel, chirurgien suppléant des hôpitaux. Il extirpe la glande entre 2 incisions curvilignes qui se regardent par leur face concave et respecte les muscles pectoraux.

Réunion par première intention et sortie du malade quinze jours après l'opération.

Nous avons appris il y a quelques semaines par un de nos collègues que le malade ne s'est jamais senti de quoi que ce soit et que rien ne peut faire présager actuellement le retour de l'affection.

Examen de la tumeur par notre collègue Hermann au laboratoire du Dr Téchouyères.

Au point de vue macroscopique, c'est une tumeur fibreuse, dure à la coupe, d'aspect blanchâtre, avec transition nette entre la tumeur et le reste de la glande.

Elle est fixée au liquide de Bouin, incluse dans la paraffine et colorée à l'hématéine-éosine.

A première vue, nous sommes en présence d'une réaction conjonctive intense autour de canaux galactophores et d'acini-néoformés. Mais, si les cellules sont jeunes et abondantes, elles ont cependant respecté la capsule conjonctive qui les limite ; nous sommes bien en présence d'une transformation adénomateuse. Cette partie glandulaire, le « tissu noble » est entouré d'un tissu fibreux jeune qui a envahi presque toute la tumeur.

Est-ce de l'adéno-fibrome ? Ce dernier se rencontre à tout âge et en dehors de la lactation, très souvent chez la femme adulte mais aussi bien chez les vierges et les enfants, c'est-à-dire à une époque où les mamelles ont peu d'éléments glandulaires.

Allons-nous donc admettre que le tissu conjonctif apparu autour de la prolifération adénomateuse a évolué vers la transformation scléreuse ?

La localisation permettait d'éloigner le diagnostic de fibrome diffus ; ce n'était pas non plus du fibrome circonscrit, pas de capsule, diffusion des fibreuses.

Autre supposition : Klotze a porté l'attention sur les petits infiltrats inflammatoires pouvant faire songer au fibrome ; nous ne pouvions être en présence d'un pareil cas à cause des néoformations acineuses.

Mais un examen attentif au fort grossissement a permis de rectifier le diagnostic : ce qui au premier abord semblait être du tissu fibreux n'est en maints endroits que le prolongement de cellules jeunes ayant tout l'aspect des éléments du sarcome fusocellulaire.

D'autres ont fait l'erreur inverse, Schwann entre autres, qui avait regardé les faisceaux d'aspect fibrillaire du tissu conjonctif comme formés de corps fusiformes.

Était-ce donc une poussée maligne aux dépens d'un tissu fibreux ou au contraire la transformation fibreuse d'un tissu malin né autour de l'adénome ?

Virchow avait déjà observé des cas analogues : « Il peut se déclarer au sein d'un fibrome une prolifération d'éléments qui s'arrêtent aux premiers stades de leur développement : cette infiltration d'éléments sarcomateux dans un fibrome le change en fibro-sarcome. »

Et ceci explique l'absence de capsule (marque de bénignité) la diffusion des cellules fusiformes un peu partout dans le tissu conjonctif, l'évolution rapide bien qu'indolore, ce qui ne signifie rien : ainsi A. Venot (de Bordeaux) mentionne le cas d'une fil-

lette de 13 ans, non réglée, qui portait une tumeur grosse comme une noisette, indolore et dure, qu'il extirpa. L'examen microscopique révéla un adénofibrosarcome, analogie frappante avec notre cas.

Deuxième observation. — *Carcinôme du sein.*
(Personnelle, recueillie dans le service du Dr Guelliot.)

A. L..., 48 ans, cultivateur à Louvois (Marne) entre dans le service du Dr Guelliot le 23 décembre 1911.

Le malade ne peut préciser le début de sa maladie; il y a environ sept ans qu'il a constaté une petite tumeur au niveau du mamelon du sein droit. Mais n'en souffrant nullement et la constatant stationnaire, il ne s'en est jamais inquiété. Il s'est décidé à venir nous trouver parce que cette tumeur augmente notablement de volume depuis quelques mois. Alors qu'elle présentait à peu près le volume d'une noisette il y a dix mois, elle est aujourd'hui comme une grosse orange.

Le mamelon est étalé par suite de la distension de la peau. Celle-ci a conservé son apparence saine; pas de « peau d'orange » mais des veines volumineuses forment un lacis serré à sa face profonde.

La palpation nous enseigne que la peau est restée mobile sur la tumeur et que celle-ci n'offre aucune adhérence avec les plans profonds. Nous sentons en outre sous les doigts quelques noyaux durs de la grosseur d'un pois. La consistance est inégale, molle par endroits, dure et résistante par ailleurs.

Pas d'écoulement par le mamelon. Aucune adénopathie axillaire.

Le malade n'a jamais ressenti de grandes douleurs, mais il se plaint de picotements gênants et incessants depuis le début de la période aiguë.

Interrogé sur ses antécédents, il nous déclare qu'il n'a jamais été malade et n'a jamais eu connaissance de maladies cancéreuses dans sa famille.

Le 28 décembre, notre maître le D^r Guelliot extirpe la tumeur entre deux incisions curvilignes comprenant entre elles le mamelon. Réunion par première intention.

Le malade sort guéri quinze jours après l'opération.

Aspect de la tumeur. — Elle est bien encapsulée, n'adhère ni à la peau ni au grand pectoral. A la coupe, on constate à la périphérie quelques poches contenant un liquide brunâtre qui n'est autre que du sang macéré ; ces kystes ont la dimension d'une petite noisette. La tumeur elle-même est formée d'un tissu blanchâtre, fibreux, qui suinte à la coupe et qui, par place, présente un aspect gélatineux (dégénérescence colloïde). Nous basant sur l'aspect macroscopique de la pièce, nous aurions volontiers posé le diagnostic de sarcome kystique, mais l'examen histologique nous a fait rectifier ce diagnostic.

Examen histologique. — Au faible grossissement, nous trouvons deux sortes de cellules bien distinctes : d'une part, du tissu conjonctif lâche, d'autre part, des cellules glandulaires en abondance. Presque tout le conjonctif rappelle le myxôme (nous avons signalé l'aspect mou, gélatineux de certaines parties de la tumeur). Les cellules glandulaires forment tantôt des amas très volumineux, tantôt des traînées plus ou moins sinueuses, compactes également. Par endroits, des vides. Ces lacunes manifestent sans doute la tendance à la forme aréolaire et peut-être aussi kystique.

L'examen minutieux des cellules glandulaires nous a permis de les diviser en deux groupes.

1° Presque toutes ont l'aspect des cellules de la mamelle ; le protoplasme est assez foncé ; le noyau est riche en granulations et filaments colorables ; beaucoup sont en kargokinèse ce qui n'est pas étonnant si l'on songe à l'accroissement rapide qu'a subi les néoplasmes.

2° Complètement libres parmi les cellules précédentes, des amas d'éléments glandulaires présentant l'aspect de cellules sébacées ; leur noyau ressemblait bien à celui des cellules mammaires ; mais le protoplasma, plus clair, était aussi plus abondant. Certaines de ces cellules avaient un diamètre six ou sept fois plus grand que les autres, mais nous avons vu là les transitions entre ces cellules claires et les cellules mammaires.

Dans tous ces amas épithéliaux avaient pénétré des éléments conjonctifs. Ces derniers, par endroits, tendaient à engainer les éléments épithéliaux ; mais ce n'étaient peut-être là que des débris de la capsule.

Restent à signaler de nombreux foyers hémorragiques récents et aussi du pigment (mélanique?) dans plusieurs cellules.

Quel nom donner à cette tumeur ?

Elle rappelle par bien des points des néoplasmes décrits par Malassez sous le nom de carcinome ; mais si ce terme paraît exagéré, on ne peut toutefois pas nier une transformation épithéliomateuse évidente, vraisemblablement intracanaliculaire, car « chez l'homme les conduits prédominent » (Williams).

Elle possède bien les particularités cliniques décrites par Poirier : la tumeur reste petite pendant de longs mois, puis le néoplasme grossit rapidement.

L'adénopathie est tardive.

D'une manière générale l'évolution est plus lente que chez la femme, l'affection moins grave, la dissémination moins rapide. Mais le diagnostic de la variété histologique n'est pas toujours facile. Rappelons que dans ce cas, la glande était prise en masse, mais n'adhérait aucunement aux plans profonds. Ce fait, joint à l'absence de ganglions, à la circulation veineuse apparente, la saillie volumineuse de la tumeur, nous faisait pencher plutôt vers le sarcome.

Suites éloignées (Vu le 15 mai 1913). — Le malade s'est toujours très bien porté depuis son opération : il se plaint uniquement de quelques tiraillements intermittents dans la cicatrice. Celle-ci est blanc rosé, bien souple et sans adhérences profondes. On ne trouve aucun ganglion dans le creux axillaire.

Troisième observation (Inédite) (personnelle).

Épithélioma à transformation squirrheuse

B. B..., 77 ans. Employé de bureau. Aucune maladie antérieure et pas d'antécédents pathologiques héréditaires ou collatéraux se rapportant à notre sujet.

Il y a trois ans environ que l'attention du malade fut attirée vers son sein droit par des picotements. Peu de temps après, il constate une petite tumeur et presque en même temps une petite ulcération sur le côté externe du mamelon. Il dit de plus qu'il « avait à ce moment des petites boules dures » (ganglions) qui roulaient dans le creux axillaire. Au niveau de l'ulcération s'écoule en petite quantité un liquide séropurulent fétide.

Ne voulant pas se soumettre à l'opération que lui conseille notre maître le Dr Hoël, il vient dans le service d'électrothérapie trois fois par semaine. Des applications de rayons Roentgen

de courte durée mais répétées, lui sont faites régulièrement par le Dr Blum, chef de ce service. Au bout de deux mois, tout écoulement a cessé ; un mois plus tard l'ulcération est complètement cicatrisée et cinq à six semaines plus tard on cesse de voir le malade.

Interrogé par nous sur cette disparition, il nous déclare que ne sentant plus aucune grosseur au niveau du sein, il se croyait complètement guéri bien qu'ayant toujours des ganglions axillaires.

Mais il y a six mois, nouveaux élancements douloureux, nouvelle tumeur et nouvelle ulcération sur la cicatrice de la précédente. En même temps reparaît l'écoulement purulent fétide. L'adénopathie est restée stationnaire.

L'ulcération repose sur un tissu dur, ses bords sont éversés et forment des bourgeons exubérants. La tumeur elle-même est plutôt molle avec des noyaux peu résistants, mais paraît assez limitée et non adhérente aux tissus voisins. Cliniquement, il est donc permis de penser à un épithélioma.

L'état général du sujet qui s'était maintenu excellent jusqu'à ce jour commence à devenir moins bon.

Le malade ayant toujours peur du bistouri demande à nouveau le traitement aux Rayons X qui lui est appliqué sans grande conviction. Cependant sous l'effet du traitement, semble-t-il, nous assistons comme la première fois à la cicatrisation progressive de l'ulcération et à l'arrêt de tout écoulement. De plus la tumeur, molle au début, est devenue fibreuse. Voici en effet ce que nous constatons à ce jour (10 mai 1913).

Le sein droit porte sur son côté externe une cicatrice qui tire sur les tissus voisins ; elle est blanc rosé, déprimée et légèrement élastique.

La palpation du sein révèle une tumeur très dure, bosselée, non adhérente à la peau mais certainement incluse dans les pectoraux.

Les ganglions de l'aisselle sont peu nombreux, superficiels, très durs et bien mobiles. On ne sent pas de cordon induré réunissant les ganglions à la tumeur. De plus le malade se plaint de névralgies intercostales très douloureuses et a présenté il y a trois semaines un zona tout à fait typique. L'état général est devenu de plus en plus mauvais et le malade présente la teinte jaune paille cachectique.

Il est regrettable de ne pas avoir à l'appui de notre observation l'examen histologique de la tumeur ; mais cliniquement, il nous est permis de penser que nous avons assisté à la transformation de masses épithéliales suractives en épithélioma fibreux à évolution plus lente. La devons-nous au traitement par les rayons Röntgen ? nous ne saurions le dire d'après notre seule observation. Mais en tout cas, ils ne semblent pas avoir agi sur la malignité de la tumeur puisque nous constatons chez notre malade les éléments d'un pronostic réservé.

Quatrième observation. — Epithélioma.

(Inédite. Recueillie dans la consultation.)

P.-D. J..., 65 ans. Aucun antécédent pathologique. Bon état général. Ethylisme. L'affection a débuté il y a environ cinq ans par un suintement jaunâtre par le mamelon du sein gauche. Le malade ne ressentait aucune douleur et ce sont les taches produites sur sa chemise qui ont attiré son attention.

Ce n'est que cinq mois plus tard qu'il se décide à consulter parce qu'il voit son sein augmenter de volume et que la peau

menace de s'ulcérer. Des cautérisations profondes au thermo-cautère lui sont faites alors. Puis pendant trois ans, il se soigne de lui-même avec des pommades, du vin aromatique et du néol. Mais pendant tout ce temps, il s'est fait, à partir du mamelon, une vaste ulcération qui n'a cessé de s'accroître ; de temps en temps elle saigne ; un suintement purulent fétide est constant.

Quand nous voyons le malade, l'ulcération est plus large que la main ; elle occupe toute la région mammaire gauche ; à la partie supérieure, les bords sont taillés à pic tandis qu'ils s'affaissent graduellement vers le bas.

La surface de l'ulcération est recouverte de débris blanchâtres, sphacelés et fétides.

La profondeur est telle que les muscles intercostaux sont envahis.

Des ganglions compriment le plexus brachial et sont l'origine de crises névralgiques très douloureuses. Ils compriment également les vaisseaux axillaires, car la main est constamment œdématisée et cyanosée.

Une opération n'étant pas possible étant donnée l'extension en profondeur, on se contente de faire des pansements antiseptiques qui donnent à la plaie un aspect moins repoussant. Il nous semble intéressant de noter que jusqu'à ce jour le malade a conservé les apparences d'une bonne santé.

Cinquième observation. — *Epithélioma*. Due à M. le Dr L. Kendirdjy (Inédite). — Recueillie dans le service de M. le professeur Reclus.

Th. M..., 44 ans, pâtissier. Ce malade sorti depuis un mois seulement du service de M. le professeur Reclus à l'Hôtel-Dieu, après y avoir subi une cure radicale de hernie sous anesthésie

locale, se représente à la consultation pour un petit noyau dur qu'il sent dans le sein gauche. Il déclare qu'il s'en est aperçu accidentellement, car jamais rien n'a attiré son attention de ce côté.

Il en fixe le début à cinq ou six semaines environ. A la palpation nous trouvons à cette tumeur les caractères suivants: elle est de consistance élastique, dure, sa forme est aplatie, en disque, elle est libre sur les plans profonds mais adhérente à l'aréole et à la peau avoisinante. Celle-ci ne présente rien de particulier, pas de « peau d'orange » ni veines superficielles. Pas d'écoulement par le mamelon. Dans l'aisselle on perçoit quelques petits ganglions durs et bien mobiles. Le malade n'accuse aucun antécédent héréditaire ni collatéral de ce genre.

M. le professeur Reclus aidé du Dr Kendirdjy, son chef de clinique, pratique le 15 mars 1911, sous anesthésie locale, l'ablation de la tumeur. Les ganglions ne sont pas enlevés. La réunion a lieu par première intention et le malade sort guéri le quinzième jour.

L'examen histologique révèle un épithélioma typique.

Nous avons eu la chance de retrouver ce malade il y a quelques jours, c'est-à-dire plus de deux ans après cette opération, ce qui nous semble intéressant.

Or, nous avons constaté une cicatrice linéaire, blanc rosé, très souple, sans aucun nodule induré. Même souplesse et même absence des nodules dans les plans profonds. Absence totale de ganglions dans le creux axillaire. Le sujet jouit d'une excellente santé et nous paraît d'une force bien au-dessus de la moyenne.

Sixième observation. — *Epithélioma du mamelon*, observée par M. Derancourt, interne dans le service du Dr Le Filliatre, chirurgien de l'infirmerie central des prisons et publiée dans la *Société médicale des praticiens* du 15 avril 1911.

Le détenu B..., 50 ans, est entré à l'Infirmerie Centrale le 25 décembre 1910. Ses antécédents personnels, héréditaires ou collatéraux n'ont aucun rapport avec l'affection qui nous occupe.

C'est par hasard que vers le 15 juillet 1909 il s'est aperçu que le « bout du sein droit avait une tendance à rentrer en dedans. Je n'en faisais pas trop de cas, ajoute-t-il, quand un jour je me suis aperçu que le bout du sein était complètement disparu et qu'une grosseur était apparue au même endroit sans aucune douleur ».

Il raconte ensuite que six mois après il a ressenti des picotements au niveau du mamelon en même temps qu'est survenu l'écoulement d'une sérosité sanguinolente laissant sur le linge une tache rosée.

A partir de cette période, le malade se plaint de vives douleurs dans l'épaule droite d'abord, puis aussi dans l'épaule gauche. Ces douleurs s'irradient dès lors dans les bras et deviennent si aiguës qu'elles lui interdisent tout mouvement et le privent de tout sommeil. C'est à ce moment qu'apparaît une ulcération au niveau du mamelon. Cette ulcération présente des bords surélevés, indurés et violacés, le fond se revêt de bourgeons saignant au moindre contact : dès cette phase le malade déclare en propres termes « qu'il était très affaibli et qu'à l'endroit du sein, s'il était formé comme une croûte qui se développait chaque jour » ; c'est pourquoi il s'est décidé à consulter.

On constate que le sein droit est déformé et ratatiné : le mamelon est rétracté, la peau et la glande sont collées à la paroi thoracique qui est déprimée à leur niveau.

La palpation révèle la présence d'un noyau dur, peu volumineux, adhérent partout, aussi bien à la peau qu'aux plans profonds, relié aux creux axillaire par des tractus fibreux. Au centre de ce noyau néoplasique se voit l'ulcération avec ses bourgeons jaunâtres saignant facilement.

On trouve dans l'aisselle de nombreux ganglions hypertrophiés et durs.

Le malade est opéré le 10 janvier 1911 par le Dr Le Fillâtre qui extirpe en un seul bloc jusqu'aux côtes la tumeur elle-même et la plus large partie possible des tissus sains avoisinants.

A noter que l'extirpation d'une glande cancéreuse adhérente à la plèvre au niveau du deuxième espace intercostal créa un pneumothorax opératoire qui n'eut aucune suite fâcheuse.

L'aisselle est curée avec le plus grand soin et l'on suture. Réunion des lèvres de la plaie par première intention.

Le malade sort guéri de l'infirmerie trois semaines après l'opération.

L'examen histologique pratiqué par le Dr Klippel a révélé qu'il s'agissait d'un épithélioma du mamelon avec infiltration cancéreuse de la graisse périmammaire, de la partie du grand pectoral sous-jacente à cette glande et à une lymphangite cancéreuse du creux de l'aisselle où les vaisseaux lymphatiques étaient bourrés de cellules néoplasiques.

Septième observation. — Epithélioma.

Extraite de l'*Echo Médical du Nord*, 1902. Dr Gellé.

Il s'agit d'un homme de 78 ans qui n'a jamais fait la moindre maladie. Il fait remonter le début de sa tumeur à quinze ans en arrière et attribue son apparition à un coup qu'il reçut à cette époque au niveau de la région mammaire. Elle avait environ la grosseur d'une noisette lorsqu'il s'aperçut de sa présence et depuis le volume est toujours resté le même.

Il se décide à consulter parce que la peau du sein au niveau de la tumeur menace de s'ulcérer. Nous constatons en effet qu'elle est considérablement aminci, un peu douloureuse et constitue un centre d'où partent comme autant de rayons de nombreuses veines.

On ne constate qu'une légère adénopathie axillaire et aucun écoulement par le mamelon. L'auteur ne parle pas des antécédents du malade.

L'opération est largement pratiquée avec curage de l'aiselle et le malade sort guéri quelques jours plus tard.

A l'examen anatomo-pathologique, on voit de nombreux bourgeons épithéliaux séparés les uns des autres par une trame conjonctive formant des travées très tenues par endroits.

Huitième observation. — Epithélioma tubulé.

Ext. de la *Soc. anatom. de Paris*, 1906, MM. Cornil et Campenon.

Malade de 57 ans. Il ne peut préciser le début de son affection qui remonte à sept ans environ. Il s'est aperçu à cette époque de la présence d'un petit noyau dur de la grosseur d'un

pois dans le sein gauche. Durant quatre années, il suivit son accroissement progressif, sans s'en inquiéter aucunement parce qu'il n'en éprouvait aucune gêne ni douleur. Il se décide enfin à demander son admission à la Charité le 16 novembre 1905 parce qu'une ulcération s'est formée qui laisse sourdre un liquide séro-purulent et sanguinolent.

L'on constate alors une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, bosselée, dure, mal limitée. L'ulcération du mamelon présente les caractères d'un néoplasme épithélial ; elle présente un aspect anfractueux, sanieux, bourgeonnant ; les bords épais sont le siège d'une induration très nette. La peau n'est plus mobile sur la tumeur et les tractus fibreux qui la réunissent à celle-ci lui donnent l'apparence « peau d'orange ». Elle est en outre le siège de plaques de varico-dermite.

Il n'y a pas de ganglions axillaires et l'état général est resté bon jusqu'à ce jour.

L'ablation de la tumeur est pratiquée très largement et accompagnée d'un curage de l'aisselle. La réunion a lieu par première intention sauf au centre où un espace de 2 centimètres environ n'est cicatrisée qu'un mois après l'opération.

L'examen histologique a révélé que l'on se trouvait en présence d'un épithélioma tubulé typique.

Neuvième observation. — *Carcinome.* — Recueillie à Bordeaux dans le service du professeur Villar par le Dr Pourtau.

Le malade est entré dans le service le 5 septembre 1911 pour une ulcération de la région mammaire. Il déclare qu'il y a environ huit mois il s'est aperçu que le sein droit était le siège d'une tumeur de consistance élastique et de la grosseur d'une noisette.

N'en éprouvant aucune gêne ni douleur, il ne s'en inquiète que du jour où elle a pris les proportions d'un œuf de pigeon.

C'est il y a deux semaines que la peau progressivement amincie s'est enfin ulcérée et laisse s'écouler une sérosité sanguinolente.

Cette ulcération rapidement étalée jusqu'à atteindre la surface d'une pièce de 5 francs, présente des bords irréguliers et indurés, son fond est bourgeonnant et saignant.

La tumeur sous-jacente bien mobile au milieu du tissu glandulaire semble devoir être facilement énucléée.

De nombreux ganglions durs et mobiles occupent le creux axillaire.

(Nous n'avons trouvé notés ni l'âge du malade ni ses antécédents.)

L'opération est pratiquée le 11 septembre 1911. Le chirurgien extirpe en masse la tumeur et toute la glande mammaire ainsi que les ganglions.

Réunion par première intention. Le malade sort guéri le 29 septembre.

Examen anatomo-pathologique. La coupe de la tumeur montre un tissu dur, blanchâtre et fibreux. Au microscope on reconnaît que ce tissu fibreux en extrême abondance forme un stroma délimitant des cavités remplies de cellules cancéreuses réunies en amas compacts.

TRAITEMENT

Lorsque les données de la clinique accompagnées ou non d'épreuves de laboratoire comme moyen de contrôle ont permis au praticien de porter sur un malade le diagnostic affirmatif de tumeur maligne du sein, il doit instituer de suite le traitement qu'il jugera le plus rapidement curatif.

Voyons donc ce que lui offre à choisir l'arsenal thérapeutique et nous dirons, parmi les méthodes anciennes et nouvelles, laquelle nous semble devoir procurer les meilleurs résultats.

Velpeau préconisait les *cautérisations* profondes ; il déclare même dans son *Traité des maladies du sein* qu'elles sont plus efficaces chez l'homme que chez la femme ; mais il n'apporte aucune preuve à l'appui de ses assertions car ses observations de cancer du sein chez l'homme sont muettes sur ce point.

Nous considérons les cautérisations comme dangereuses, car les faits ne sont pas rares de tumeurs ayant dès les premières applications subi une sorte de coup de fouet donnant une poussée nouvelle à leur expansion.

D'ailleurs cette thérapeuthique n'ayant jamais répondu à l'espoir fondé sur elle, est aujourd'hui complètement abandonnée.

Nous n'avons pas trouvé que les *rayons Röntgen* eussent été déjà employés au traitement du cancer du sein de l'homme et notre observation (n° 3) dans laquelle nous rapportons que cette méthode thérapeuthique eut une heureuse influence certaine sur l'ulcération, ne peut à elle seule en faire une règle de conduite.

D'ailleurs, nous avons noté que l'évolution de la tumeur même n'en fut nullement modifiée ; mais devons-nous nous en étonner étant donné que ce traitement journallement appliqué chez la femme ne donne pas les résultats espérés ? Nous avons vu que le microscope nous a appris que les caractères anatomopathologiques des tumeurs étaient les mêmes dans l'un et l'autre sexe ; dès lors, peut-on espérer chez l'homme les résultats qui n'ont pas été obtenus chez la femme.

Seul le bistouri a donné des résultats durables et en tout cas assure la plus longue survie dans la majorité des cas ; c'est donc à *l'extirpation* que l'on devra recourir.

L'intervention devra être aussi précoce et aussi large que possible. Dès que des adhérences profondes sont certaines et qu'il existe de l'adénopathie axillaire, pratiquer l'opération de Halsted qui réalise la meilleure technique.

Le néoplasme est enlevé d'une seule pièce en profondeur, depuis la peau, la glande mammaire, jusqu'au grand et petit pectoral. On ne s'arrête que sur le plan

costal. D'autre part, l'ablation est poursuivie, d'une seule tenue, jusque sous la clavicule : c'est-à-dire que, sans morcellement, on excise, en une chaîne continue, tous les ganglions de l'aisselle et de la région sous-claviculaire côtoyant la veine. Ce curage méthodique et préventif de l'aisselle en masse pare au péril des greffes cancéreuses.

Mais il est des cas où par l'étendue du mal (propagation du néoplasme à la cage thoracique, envahissement des ganglions sus-claviculaires, signes de généralisation viscérale) la chirurgie est forcée de désarmer.

Il semble dès lors que le traitement doive être purement symptomatique et que le dernier mot soit aux hypnotiques et aux anesthésiques.

Ils deviennent il est vrai comme le calme présage d'une mort inévitable mais il est du devoir du médecin d'y avoir recours.

PRONOSTIC

Il est établi que la tumeur bénigne évolue vers la malignité et que la tumeur maligne abandonnée à elle-même, aboutit à une issue fatale plus ou moins rapidement selon sa puissance de généralisation.

Dans la tumeur d'origine conjonctive, la malignité est d'autant plus grande que le tissu est plus embryonnaire ; dans les néoplasmes d'origine épithéliale, les masses cellulaires infiltrent tous les tissus voisins et la généralisation est telle que le malade devient inopérable.

Donc, il faut intervenir et de bonne heure, mais si les résultats immédiats de l'opération sont dans la majorité des cas excellents, il n'en est pas plus de même des résultats éloignés. Chez l'homme comme chez la femme, les récidives sont fréquentes. Les statistiques nous permettent de les évaluer à 60 % des cas et une première récidive ne met pas à l'abri d'une deuxième et parfois même d'une troisième.

Williams, recherchant combien de temps s'écoule entre l'opération et la première récidive, est arrivé aux conclusions suivantes :

Dans la moyenne des cas, c'est vers le neuvième mois

que la récurrence apparaît ; il s'écoule rarement plus de trente-cinq mois sans qu'elle soit survenue et le minimum de temps observé par lui fut un mois et demi. Des 24 cas étudiés par Jamicy, 9 récidivèrent trois mois après l'opération, 11 entre huit et quatorze mois et 2 après vingt-quatre mois.

Nature des récidives. — Dans les récidives, la nouvelle tumeur présente dans la majorité des cas la même forme anatomopathologique que celle à laquelle elle succède ; nous sommes donc en droit de déclarer que la récurrence se fait par continuation, du moins en général. Poirier a bien rapporté deux observations où des squirrhes firent place à des cancers encéphaloïdes mais nous ferons remarquer qu'il s'agit toujours de cancer épithélial et qu'il n'existe entre ces deux formes qu'une différence quantitative d'amas de cellules épithéliales qui sont en très petit nombre et peu volumineuses dans le squirrhe, tandis qu'elles forment des amas considérables dans la forme encéphaloïde.

Localisation des récidives. — Quelques cas de récidives dans le sein du côté opposé ont été signalés mais dans la plupart des cas, elles ont leur siège dans la cicatrice même ou au niveau des ganglions axillaires.

Dans la cicatrice, la récurrence est signalée dans 15 % des cas. Il est probable que l'on peut accuser les pinces d'être les agents de transport de cellules néoplasiques qui prolifèrent ensuite. Donitz a vu notablement diminuer chez la femme la fréquence de cette forme de récurrence du jour où il a supprimé les pinces de son mode opératoire.

Quant aux récidives à point de départ ganglionnaire, elles sont expliquées par ce fait que le microscope révèle que bien souvent les ganglions d'apparence saine sont infiltrés de cellules cancéreuses.

En résumé, il n'est pas permis de porter pour l'homme un meilleur pronostic que pour la femme, mais il a l'avantage d'une survie plus longue de huit mois environ qu'il doit sans doute à la forme fibreuse de sa tumeur.

CONCLUSIONS

1° Le sein de l'homme comme celui de la femme peut être le siège de tumeurs malignes dont la fréquence varie de 1 à 6 % par rapport à la fréquence observée chez celle-ci.

2° On retrouve les mêmes facteurs étiologiques que chez la femme, mais avec une prépondérance très marquée en faveur des traumatismes.

3° Toutes les formes histologiques des tumeurs sont possibles, avec prédominance des formes fibreuses.

4° Les symptômes observés sont les mêmes que chez la femme, mais le symptôme douleur est bien moins marqué et l'évolution est plus lente.

5° Le diagnostic précoce est difficile, on devra surtout penser à une gomme tuberculeuse ou syphilitique.

6° Le traitement devra être l'ablation aussi large et aussi précoce que possible.

7° Les récidives encore très fréquentes (60 %) permettent cependant un meilleur pronostic que chez la femme parce que :

a) La tumeur est plus facilement découverte et par-
tant, opérée plus tôt.

b) L'évolution est beaucoup plus lente.

Vu : le Président de la thèse

RECLUS

Vu : le Doyen
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BERNS. — *Archives de Langenbeck*, 1887 et *Gazette hebdomadaire*, 1887, p. 621.
- BOLLHAGEN. — *Thèse de Gættingue*, 1892.
- CHARBONNIER. — *Thèse de Paris*, 1900. Le cancer aigu du sein.
- CORNIL ET CAMPENON. — *Société anatomique de Paris*, 1906.
- COURTADE. — *Union médicale*, décembre 1885.
- DELACOUR. — *Thèse de Paris*, 1894. Des tumeurs du sein chez l'homme.
- DUPLAY ET RECLUS. — *Traité de chirurgie*.
- FLURIAN. — *Thèse de Bordeaux*, 1909-1910. Contribution à l'étude du cancer du sein chez l'homme.
- FORGUE. — *Précis de pathologie externe*, 4^e édit.
- FOUCART. — *France Médicale*, 1856, III, p. 254.
- GILLETTE. — *Semaine Médicale*, 1885, p. 257.
- GUÉGAN. — *Thèse de Bordeaux*, 1903. Contribution à l'étude des tumeurs du sein chez l'homme.
- HORTELOUP. — *Agrégation (thèse d')*, 1872. Des tumeurs du sein de l'homme.
- IMBERT. — *Gazette des Sociétés Médicales de Montpellier*, 14 nov. 1891.
- JEANNEY. — *Thèse de Montpellier*, 1905. Le cancer du sein de l'homme. Résultats opératoires.
- LANDRY. — *Thèse de Paris*, 1883. De quelques tumeurs du sein chez l'homme.
- LAFORGUE. — *Thèse de Toulouse*, 1897. Du cancer du sein de l'homme.

- LEDIAN. — Mémoire sur le cancer, p. 112.
- LE PELLIAIRE ET DERANCOURT. — *Bulletin de la Société médicale des praticiens*, n° 4 (1911).
- PIGOT. — *Thèse de Paris*, 1898. Contribution à l'étude du cancer du sein de l'homme.
- POIRIER. — *Thèse de Paris*, 1883. Du cancer du sein chez l'homme.
- POURTEAU. — *Thèse de Bordeaux*, 1911. Contribution à l'étude du cancer du sein chez l'homme.
- STRASSMANN. — *Th. inaug. de Berlin*, 1885.
- SCHULTESS. — *Beitrag Zur Klin. Chir. Tübingen*, 1889, t. IV.
- SENGENSSE. — *Annales de la polycl. de Bordeaux*, mai 1896.
- VELPEAU. — Traité des maladies du sein.
- VIDAL DE CASSIS. — Traité de pathologie externe, 1860, t. IV, p. 37.
- WICHEAM. — *Thèse inaug. de Paris*, 1890.
- YVAREN. — Des métamorphoses de la syphilis.

MAYENNE, IMPRIMERIE CHARLES COLIN

